

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

1328

PAR
JEAN HAUDRÈRE

né le 4 Septembre 1911, à Dinan (Côtes-du-Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER
DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. MOCQUOT, PROFESSEUR

IMPRIMERIE ALENÇONNAISE
ANCIENNE MAISON POULET-MALASSIS
PLACE POULET-MALASSIS, ALENÇON
===== 1939 =====



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

JEAN HAUDRÈRE

né le 4 Septembre 1911, à Dinan (Côtes-du-Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. MOCQUOT, PROFESSEUR

IMPRIMERIE ALENÇONNAISE

ANCIENNE MAISON POULET-MALASSIS
PLACE POULET-MALASSIS, ALENÇON
===== 1939 =====

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie.	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIÈRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose.	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE, Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY, Pathologie médicale.
BÉNARD (HENRI), Pathologie médicale.
BERNARD (ÉTIENNE), Pathologie médicale.
BESANÇON (JUSTIN), Hydrologie.
BOULIN, Pathologie médicale.
BULLIARD, Histologie.
CATHALA, Pathologie médicale.
CHEVALLIER, Pathologie médicale.
COSTE, Pathologie médicale.
DOGNON, Physique.
FEY, Urologie.
FUNCK, Pathologie chirurgicale.
GALLIARD, Parasitologie.
GASTINEL, Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES, Pathologie chirurgicale.
GAYET, Physiologie.
DE GENNES, Pathologie médicale.
GIROUD, Histologie.
HAGUENAU, Pathologie médicale.
HALPHEN, Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN, Anatomie pathologique.
JOANNON, Hygiène.

MM.

LACOMME, Obstétrique.
LANTUÉJOUL, Obstétrique.
LAROCHE (GUY), Pathologie médicale.
LAVIER, Parasitologie.
LELONG, Pathologie médicale.
LEMAIRE, Pathologie expérimentale.
LEVEUF, Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY, Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI, Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX, Pathologie chirurgicale.
MOLLARET, Pathologie médicale.
MOREAU, Pathologie médicale.
MOULONGUET, Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN, Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS, Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE, Médecine légale.
PORTES, Obstétrique.
RENARD, Ophtalmologie.
RICHET, Physiologie.
SÉNÈQUE, Pathologie chirurgicale.
TURPIN, Pathologie médicale.
VIGNES, Obstétrique.
WILMOTH, Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE, Pathologie chirurgicale.
BUSQUET, Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT, Physiologie.
GUÉNIOT, Obstétrique.
HEITZ-BOYER, Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS, Pathologie chirurgicale.
LE LORIER, Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE, Parasitologie.
SCHWARTZ, Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL, Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE
AUBERTIN
BRULÉ
CHABROL
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR VALLERY-RADOT
SÉZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCO
CADENAT
GATELLIER
MOURE
QUENU
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ÉCALLE
METZGER

Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Éducation Physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie Clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEILL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE PARIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre très respec-
tueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BARANGER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX DU MANS

*qui m'a donné le sujet de cette
thèse, marque d'intérêt dont je lui
suis profondément reconnaissant.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DENECHAU

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS
CHEF DE SERVICE DU CENTRE ANTICANCÉREUX
OFFICIER D'INSTRUCTION PUBLIQUE

*qui m'a prodigué de précieux
enseignements. En témoignage de
respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. MAISONS

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

*mon beau-père, qui m'a guidé de
ses conseils. En témoignage de
respectueuse affection.*

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier le traitement du cancer du corps de l'utérus. A l'encontre de la plupart des cancers et en particulier du cancer du col de l'utérus, le cancer du corps de l'utérus a une évolution lente et des métastases tardives.

Ce fait est dû à la pauvreté des lymphatiques du corps utérin ; les ganglions du ligament large, les ganglions lombaires et ceux de l'aîne sont envahis généralement bien longtemps après que la malade, mise en éveil par des hémorragies répétées, ait consulté son médecin. L'utilité d'un traitement n'est donc pas discutable.

Disons tout de suite que certaines formes du cancer du corps utérin, les épithéliomas cylindriques endocervicaux, ne bénéficient pas de cette longue tolérance. En effet, les lymphatiques du col sont nombreux, l'envahissement des paramètres et les métastases sont précoces : l'intervention risque alors d'être pratiquée trop tard.

Le traitement du cancer du corps de l'utérus a été et est encore discuté.

La curiethérapie reste en honneur à l'étranger. En France, les partisans du traitement chirurgical sont la majorité, bien que certains associent la curiethérapie à l'hystérectomie.

Après avoir passé en revue les arguments en faveur de ces diverses thérapeutiques, nous présenterons un exposé des résultats obtenus par la méthode chirurgicale et nous essaierons de tirer les conclusions de cette application thérapeutique.

HISTORIQUE

Le cancer du corps de l'utérus a été distingué des autres tumeurs de ce même organe dès 1874 par SIMPSON.

En 1878, FREUND, de Strasbourg, décrit un mode opératoire d'hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus.

En cette même année, CZERNY, de Heidelberg, propose une méthode d'hystérectomie vaginale.

La mortalité opératoire de ces interventions et surtout de celle de Freund est élevée.

L'hystérectomie vaginale, pratiquée par POZZI et VALLAT, donne peu à peu un taux de mortalité comparable à celui obtenu de nos jours. Aussi est-elle à l'honneur jusqu'à ce que TERRIER, en 1891, réhabilite l'hystérectomie abdominale totale de FREUND.

A dater de cette époque, cette intervention va s'améliorer au point d'être préconisée par la plupart des auteurs.

TRENDELENBURG fait adopter la position déclive.

WERTHEIM, en 1902, au Congrès de Rome, expose sa technique. QUENU et DUVAL, J.-L. FAURE, POZZI, SIREDEY publient des travaux sur ce sujet.

En 1913, l'hystérectomie abdominale est acceptée à la presque unanimité au Congrès de Londres.

De cette époque date la curiethérapie qui va provoquer

de nouvelles controverses entre chirurgiens et radio-thérapeutes. L'accord n'est pas encore établi de nos jours lorsqu'il s'agit du traitement du cancer du corps de l'utérus.

DIAGNOSTIC DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

C'est presque toujours chez des femmes ayant atteint ou dépassé la ménopause, très exceptionnellement chez des femmes jeunes, qu'apparaissent les métrorragies dues à un cancer du corps. Les métrorragies n'ont au début aucun caractère particulier, elles ne s'accompagnent pas de douleurs ni d'altération manifeste de l'état général. En même temps se présentent des pertes séro-purulentes, roussâtres, devenant fétides. Les douleurs ont un caractère extrêmement inconstant : tantôt très violentes et précoces, tantôt absentes jusqu'à la fin.

Les hémorragies du cancer du corps sont continues, spontanées, rebelles aux médications habituelles, non calmées par le repos.

Voyons maintenant quels sont les renseignements fournis par l'examen clinique :

Le toucher vaginal, combiné au palper, montre un utérus augmenté de volume, régulier, mobile, généralement indolore, de volume très variable et de consistance molle.

Si la sclérose du dôme vaginal gêne cette exploration, il sera utile de pratiquer un toucher simultané vagino-rectal. La position de Trendelenburg facilite l'examen.

L'examen au spéculum permet quelquefois de découvrir un petit polype muqueux dont la coexistence avec le cancer du corps est assez fréquente.

Ce tableau clinique, assez peu explicite, ne permet que de soupçonner le cancer du corps utérin après la ménopause ; chez la femme avant la ménopause, il est encore moins évident et peut être différent. On distingue en effet deux types de cancer du corps utérin : l'épithélioma cylindrique et le cancer utérin d'origine placentaire ou chorio-épithéliome, survenant à la suite d'une grossesse. Ce cancer, ou placentome malin, a un développement rapide, avec métastases précoces. Il succède dans 64 p. 100 des cas à une môle hydatiforme, dans 24 p. 100 des cas à un avortement banal, dans 12 p. 100 à un accouchement normal. (F. PAPIN, in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 juin 1935.)

Les hémorragies du chorio-épithéliome sont profuses, tenaces ; le col est mou, entr'ouvert, perméable au doigt ; une erreur dangereuse est de penser, en raison des antécédents obstétricaux de la malade, à une rétention placentaire, ou à des hémorragies provoquées par un polype placentaire ; même dans ce cas, le diagnostic pourra être établi si l'on a eu soin de confier au laboratoire les débris ramenés par la curette ou bien par la présence d'hémorragies après le curettage. L'examen histologique permet de différencier le chorio-épithéliome du placenta normal, mais il ne permet pas de distinguer le placentome bénin du placentome malin. Le séro-titrage hormonal permet le bio-diagnostic du chorio-épithéliome malin.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

AVANT LA MÉNOPAUSE

Le cancer du col de l'utérus est relativement rare avant 40 ans. Cl. BECLERE cite, sur 100 cas de cancer, 2 cas avant 40 ans, 8 cas entre 40 ans et la ménopause. TESSON, sur 50 cas de cancers du corps, en a trouvé 8 chez des femmes de moins de 40 ans. CULLEN, sur 35 cas, en a observé 7.

La clinique donne peu d'indications pour le diagnostic du cancer du corps avant la ménopause. La coexistence assez fréquente d'un fibrome compliqué d'un cancer de la muqueuse corporéale rend le diagnostic encore plus difficile. LECÈNE avait rassemblé 5 observations de coexistence des deux affections et en tirait un argument de plus en faveur du traitement chirurgical des fibromes. MM. HAMANT et VICHARD insistent sur la fréquence des cas de coexistence du fibrome et du cancer (ils en ont constaté 7 cas sur 38) et sur la mise en garde contre les fibromes diagnostiqués depuis longtemps, occasionnant quelques écoulements à la ménopause et qui dégénèrent au lieu de « sécher ».

Plusieurs observations souvent publiées montrent l'évolution d'un cancer de l'utérus après traitement radiothérapique d'un fibrome ; on a cité également des

cas de cancer du moignon du col après hystérectomie pour fibrome.

Le fibrome typique, avec hémorragies de sang rouge, se manifestant au début par des règles prolongées dont l'intervalle devient de plus en plus rapproché, pourrait dans certains cas prêter à confusion avec le cancer du corps ; l'erreur ici ne serait pas trop grave, puisqu'un traitement chirurgical s'impose.

Le kyste de l'ovaire peut quelquefois être la cause de métrorragies, surtout au moment d'une torsion, de même que les salpingites.

Il existe chez les femmes jeunes des métrites hémorragiques, survenant en général après un accouchement ou un avortement, presque analogues à celles se produisant sur des utérus séniles.

Pensons également à la syphilis utérine, à la tuberculose utérine. Enfin, certaines femmes présentent, à la période préménopausique, des hémorragies profuses, d'origine endocrinienne, ressemblant aux hémorragies du cancer.

Si l'on peut donc penser au cancer du corps de l'utérus avant la ménopause, le diagnostic ne s'oriente généralement pas de lui-même vers cette éventualité.

Différents examens sont alors indiqués : réactions humérales du sérum sanguin, s'il s'agit d'un chorio-épithéliome — exploration digitale après dilatation du col (préconisée par A. POLOSSON), facile après un avortement — hystérographie — hystéroscopie qu'utilisent les Allemands — hystérométrie — curettage explorateur. Nous reviendrons sur ces diverses techniques.

APRÈS LA MÉNOPAUSE

Après la ménopause, toute métrorragie doit faire soupçonner le cancer du corps de l'utérus : « Toute femme qui perd après sa ménopause et qui n'a rien au col, a les plus grandes chances d'avoir un cancer du corps. Si l'hémorragie est persistante, c'est presque une certitude », dit J.-L. FAURE. Celui-ci estime à 90 p. 100 la proportion du cancer du corps par rapport aux métrorragies postclimatériques.

DUCUING, de Toulouse, donne le chiffre de 66 p. 100. QUENU, celui de 64 p. 100.

CANCER ET LÉSIONS BÉNIGNES APRÈS LA MÉNOPAUSE

	NOMBRE D'OBSER- VATIONS	CANCERS	AFFECTIONS BÉNIGNES	POUR- CENTAGE
				%
TOURNEUX.	43	28	15	65,11
QUENU	33	23	10	56,52
DUCUING	60	40	20	66,66
LECLERC.	98	55	43	56
ROSENSTEIN.	816	281	535	34,4
CL. BECLERE.	26	11	15	42
NEUMANN.	46	18	28	39,13
TIETZE, MAYER.	140	95	45	66
MURET	87	42	45	48

Moyenne générale : 52 %

D'après CL. BECLERE la moitié des cas de métrorragies après la ménopause serait due à des affections autres que le cancer, non justifiables d'une hystérectomie.

Parmi les causes de métrorragies d'origine utérine, citons :

La métrite ancienne infectieuse dont les métrorragies

sont intermittentes, peu abondantes, améliorées par le repos ; la métrite sénile hyperplasique ou scléreuse, la plus fréquente ; un petit fibrome sous-muqueux ou un polype intra-utérin qui donne des hémorragies abondantes et irrégulières.

Il existe quelquefois au début d'un prolapsus utérin une légère ulcération siégeant au pourtour de l'orifice cervical externe et entraînant des hémorragies. L'examen au spéculum aide au diagnostic.

Parmi les causes de métrorragies d'origine annexielle après la ménopause, retenons les tumeurs de l'ovaire, bénignes ou malignes, qui provoquent une véritable réactivation utérine. MOULONGUET et L. GASSE émettent l'hypothèse d'une action nerveuse sur les plexus pelviens pour expliquer ces hémorragies des tumeurs de l'ovaire non endocriniennes.

Il arrive parfois qu'un folliculome, tumeur endocrinienne développée aux dépens de la granulosa du follicule de GRAAF, reproduit par la sécrétion hormonale de la folliculine les phénomènes normaux de la vie génitale active. Dans certains cas, ces hémorragies sont périodiques et l'on pourrait alors parler d'un rétablissement des règles ; dans d'autres cas, elles sont irrégulières et font d'autant plus penser à un cancer du corps que la tumeur ovarienne est petite et échappe presque toujours à l'exploration du toucher.

Enfin, si la ménopause est récente, datant de moins d'un an, on pourrait penser à un retour des règles : cette hypothèse sera éliminée si les bouffées de chaleur persistent malgré l'hémorragie utérine.

Un examen médical complet dépistera les hémorragies utérines, très rares d'ailleurs, dues à des causes médicales diverses : cardiopathies, hypertension, insuffisance hépatique, purpura, syphilis utérine et tuberculose utérine.

Cet examen aura d'ailleurs son utilité pour le chirurgien, puisqu'il permet de préjuger des risques opératoires.

DIAGNOSTIC DU CANCER DU CORPS PAR HYSTÉROGRAPHIE ET PAR CURETTAGE BIOPSIQUE

L'hystérographie, préconisée dès 1925 par le Prof. GRÉGOIRE et par DARBOIS, a d'abord soulevé maintes critiques. COTTE, après l'avoir beaucoup pratiquée, a reconnu qu'il ne faut pas compter sur elle car elle ne donne de renseignements que dans les cas avancés.

L'hystérographie exige certaines précautions ; c'est un mode de recherche qui pourrait devenir dangereux entre des mains inexpérimentées et engendrer des accidents : rupture d'un utérus infiltré et friable due à l'excès de pression du lipiodol injecté ; passage du lipiodol dans le péritoine (thèse de SURAGOLD) ; pénétration dans les vaisseaux (observations de René SOLAL, 1935) ; reflux de liquide septique et de cellules cancéreuses vers les trompes et vers le péritoine.

Pour éviter ces inconvénients, MM. HAMANT et VICHARD croient bien préférable l'hystérogaphie en couches minces à l'aide de diagnothorine injectée sans pression (in *Bulletin obstétrique et gynécologique*, juin 1934).

Ce mode d'examen (voir E. DOUAY, in *Gynécologie*, juillet 1937) donne de beaux clichés avec images lacunaires et aspect déchiqueté des contours de la cavité utérine à l'endroit du néoplasme. L'hystérogaphie permet également un diagnostic différentiel :

Le polype muqueux donne une image lacunaire arrondie à limites précises, qui s'atténue si on augmente la tension du lipiodol injecté.

Dans la métrite polypeuse, les images lacunaires arrondies se superposent et obligent à des clichés successifs pour séparer les lacunes.

Le polype fibreux donne une image arrondie centrale. Le fibrome sous-muqueux forme une encoche à limites précises, et de profil, un soulèvement en croissant.

La métrite hémorragique donne un aspect sinueux aux contours de l'image ; cependant s'il s'agit d'une métrite hyperplasique, cet aspect peut prêter à confusion avec un cancer.

On peut estimer l'hystérogaphie utile dans les seuls cas pour lesquels le diagnostic clinique reste douteux. Au contraire, en présence de signes cliniques certains, il est préférable de recourir immédiatement au curettage biopsique ; l'hystérogaphie donne bien la certitude d'une anomalie utérine ; elle permet de soupçonner la présence d'un cancer du corps, mais seul le curettage explorateur permettra de l'affirmer.

Curettage biopsique

On a dit que le curettage biopsique était dangereux et inutile : dangereux en raison de l'état de l'utérus néoplasique, inutile parce que d'un résultat négatif aucun praticien n'oserait déduire une abstention opératoire si les signes cliniques commandent l'intervention.

L'utérus néoplasique est friable pour peu que le cancer soit avancé et risque d'être perforé par la curette. L'infection est extrêmement fréquente et le traumatisme inévitable risque de déclencher une poussée inflammatoire locale, salpingienne en particulier ou même péritonéale. Il faut aussi compter avec le danger d'une dissémination cancéreuse ou d'une hémorragie en raison de la vascularisation marquée des tissus cancéreux. Le seul curettage ne permet pas de déceler la présence d'un hydrosalpinx associé. Il est vrai que dans la plupart des cas, celui-ci aurait été découvert par le toucher vaginal, sinon par l'hystérographie.

Pour peu que l'on soit obligé de dilater le col par des lamineaires ou des bougies de Hégar de gros calibre, les risques d'infection sont portés au maximum. Cette dilatation aux bougies de Hégar est la plupart du temps nécessaire et l'anesthésie étant obligatoire, on doit faire une véritable intervention, tout au moins aux yeux de la malade.

Il semble que l'on puisse considérer ce dernier inconvénient comme le principal, car l'expérience montre qu'une exploration minutieuse mais très prudente de la cavité

utérine avec une curette à peine tranchante, sans chercher le cri utérin comme dans un curettage véritable, n'a généralement pas déclenché d'accidents. En effet, l'épithélioma du corps ne revêt presque jamais une forme squirrheuse : la curette détache très facilement les bourgeons friables de l'épithélioma cylindrique.

Le danger du curettage est au maximum précisément dans des cas de néoplasme très avancé ou le diagnostic clinique est évident mais où il ne peut être question d'intervention, le cancer ayant envahi toute l'épaisseur du muscle utérin et atteint le péritoine. Le danger est donc imaginaire puisqu'il s'agit d'un épithélioma fatal à très brève échéance et seulement justifiable de la curiethérapie.

En cas de réponse négative du laboratoire, le danger du curettage est beaucoup plus évident : si l'examen histologique ne révèle pas de néoplasme, le médecin et la malade peuvent être trompés dans leur vigilance et conclure à l'absence d'un cancer. Le rôle de l'histologiste est délicat, les prélèvements tangentiels de la muqueuse rendent fréquentes les erreurs d'interprétation ; de nombreuses coupes doivent être pratiquées ; tout doit être mis en œuvre pour rechercher la présence d'un épithélioma. Celui-ci n'est pas toujours découvert et on a observé des cas où un épithélioma évolue dans les mois qui suivent la biopsie ; un petit cancer au début peut échapper à la curette s'il est dissimulé dans une corne ou masqué par un fibrome intra-cavitaire.

Il n'en reste pas moins que le *curettage biopsique* est le seul moyen d'obtenir une certitude absolue de cancer du

corps. Il suffit de penser à l'éventualité d'une exploration négative en présence d'un néoplasme ; si les signes cliniques persistent, on sera en droit de tenter un nouveau curettage.

L'avantage de l'hystérographie est précisément de guider la curette et d'éliminer des cas douteux qui sont rares.

Nous avons vu que les causes de métrorragies après la ménopause sont nombreuses ; le curettage aide beaucoup au diagnostic différentiel : absence de lésions malignes s'il s'agit de métrite bénigne sénile ; polype muqueux ou métrite bénigne pour lesquels le curettage est un traitement de choix ; fibromyome sous-muqueux, sessile ou pédiculé. Dans tous ces cas, en l'absence du curettage, on pourrait soupçonner le cancer du corps et pratiquer l'hystérectomie d'emblée au préjudice de la malade : le diagnostic serait fait trop tardivement au moment où l'on ouvrirait la pièce opératoire. A ce propos du diagnostic sur la table d'opération, signalons le curettage avec examen biopsique extemporané, pratiqué par M. DOUAY, avec l'aide du Prof. CHAMPY : le curettage est fait sous anesthésie, en position déclive ; les prélèvements utérins sont confiés à l'histologiste qui les examine aussitôt. Si le cancer du corps de l'utérus est confirmé, la malade étant en position vaginale, on a recours à l'hystérectomie vaginale en fermant le col par une grosse pince de Museux et en utilisant le procédé de Segond qui enlève l'utérus sans l'ouvrir.

S'il s'agit au contraire d'une métrite sans dégénérescence, on curettera à fond et méthodiquement toute la cavité utérine. Ce procédé permet d'éviter à la malade deux interventions successives.

A défaut de l'examen extemporané, qui est la technique d'avenir, on peut bénéficier, dans certaines circonstances, de cette intervention immédiate : si la curette ramène de gros bourgeons le diagnostic peut être affirmé, même sans attendre la confirmation du laboratoire.

En intervenant immédiatement après le curettage, on aura le gros avantage de supprimer le principal danger de celui-ci ; en effet, la poussée inflammatoire qui peut le suivre rend les conditions opératoires singulièrement graves ; elle nous a fait perdre une de nos malades

TRAITEMENT

La curiethérapie

L'Académie de Médecine a proposé, en 1930, pour le prix Daudet le sujet suivant : « Le cancer du corps de l'utérus au point de vue de ses différents modes de traitement ». En agissant ainsi, l'Académie se proposait de faire la part de la curiethérapie et celle de la chirurgie dans la thérapeutique du cancer du corps.

En effet, alors que pour les cancers du col tous les gynécologues sont d'accord sur l'efficacité du radium, cette unanimité est loin d'exister pour les cancers du corps. Il est même classique en France de dire que le cancer du corps est très peu radiosensible. Au contraire,

dans les pays étrangers, en particulier en Suède, on dit que les résultats de la curiethérapie sont supérieurs à ceux de la chirurgie. Même en admettant les différences de technique, ces divergences de vues sont inexplicables, à moins que, suivant l'opinion de Cl. BECLERE, on pense que le cancer du corps n'ait pas la même individualité dans tous les pays.

Le diagnostic d'épithélioma cylindrique est difficilement contrôlable par la clinique et les guérisons d'états morbides observées concernaient peut-être des cas de tumeurs bénignes. Même si on a fait un curettage, les prélèvements tangentiels peuvent rarement mettre en valeur les anomalies architecturales, les seules qui soient la signature de l'épithélioma, mais le plus souvent des anomalies cellulaires dont l'interprétation reste discutable.

Il existe des interprétations différentes pour certains types histologiques d'adénome ou d'épithélioma-adénoïde. Ce dernier, appelé souvent de façon impropre adénome malin, a un aspect général très proche de l'aspect de certaines hyperplasies bénignes. La présence des tubes épithéliaux très rapprochés et ramifiés dans tous les sens qui permettraient d'affirmer le cancer, ne peuvent être observés que sur des fragments assez volumineux. MM. HEALY et CUTLER, du Memorial Hospital de New-York, en arrivent à décrire quatre types histologiques de cancers du corps, dont le premier, qu'ils appellent adénome papillaire malin, a toujours guéri, parfois même par simple curettage ; il semble qu'en France, on ne considérerait pas ces cas comme cancéreux.

Sur 800 cas de cancers de l'utérus traités à la Fondation

Curie de 1919 à 1927 par le Prof. REGAUD et ses collaborateurs, M. LACASSAGNE, après révision des examens histologiques, ne retient que 30 adéno-cancers de la cavité utérine, dont 13 du corps de l'utérus. Il est possible que les auteurs étrangers, discutant des bienfaits de la curiethérapie, n'aient pas opéré une sélection aussi sévère.

Lorsqu'il y a difficulté opératoire locale ou générale : infiltration du paramètre avec fixité utérine, réactions humorales anormales, urémie, diabète, hypertension, cardiopathie, obésité importante, les risques opératoires sont tels, surtout s'il s'agit d'une femme de plus de 65 ans, qu'il vaut mieux tenter la curiethérapie.

Des techniques différentes ont été préconisées pour le traitement curiethérapique du cancer du corps de l'utérus.

Le but de la curiethérapie consiste à détruire les cellules cancéreuses tout en laissant intactes les cellules saines ; donc une émanation assez puissante est nécessaire, mais elle doit être calculée avec une exactitude suffisante pour présenter le minimum de dangers. Avant la guerre de 1914, où la charge des tubes était beaucoup plus importante qu'à l'heure actuelle, la lésion des tissus sains était extrêmement fréquente.

Le Prof. HEYMANN (d'après MM. DUCUING et NÈGRE, *Société Obstétrique de Toulouse*, janvier 1938) pose le principe d'une irradiation de contact par de nombreux foyers afin d'obtenir une dose cancéricide sur toute la périphérie de l'utérus, quel que soit le volume de celui-ci. Les doses émanées ont été étudiées préalablement sur des moulages de différentes grandeurs à l'aide de chambres

de Sievert. On peut ainsi se rendre parfaitement compte du temps que doit durer l'irradiation pour qu'avec un nombre donné de capsules radifères, la dose correcte soit atteinte. A l'aide d'un porte-capsules, on introduit dans la cavité utérine autant de capsules qu'elle peut en contenir. (Le danger de rupture de l'utérus cancéreux consécutif à ce bourrage est, pour le Prof. HEYMANN, très négligeable.) Les capsules sont toutes de la même grandeur, chargées à 8 mgr. de R. E. et numérotées de façon à être placées et enlevées dans le même ordre. Un boîtier cervical est appliqué, renfermant 3 tubes, chargés chacun de 50 mgr. de R. E. ; le temps d'irradiation varie entre dix-huit et trente-six heures. Une seconde application identique est faite trois semaines après. M. P. DESGRAIS (in *Bulletin Médical* du 22 février 1936) expose une autre technique. Il utilise une bougie en pomme de 3 mm. d'épaisseur, dans laquelle on introduit 3 ou 4 tubes de 10 mgr. de R. E. filtrés au total par 2 mm. de platine. Trois applications de quarante-huit heures espacées de cinq jours.

M. OPPERT introduit dans l'utérus une sonde caoutchouc cannelée spéciale, qui reçoit à l'intérieur un cylindre d'aluminium contenant de 2 à 5 tubes, selon la longueur de la cavité. Chaque élément correspond à 6 mgr. 66 de R. E. filtré par 1 mm. de platine. Deux tubes vaginaux de 50 microcuries-heure, maintenus par un tamponnement de mèches iodoformées, sont placés dans les culs-de-sac. L'application dure dix jours.

Les résultats obtenus par MM. REILES et FOBES dans le cancer du corps par une irradiation de 500 m. c.-heure,

laissés jusqu'à une émanation totale de 45 millicuries, c'est-à-dire pendant quatre à cinq jours, semblent assez décevants.

Ces praticiens, devant une mortalité primaire assez élevée, ont eu recours aux applications fractionnées, séparées par des intervalles plus ou moins rapprochés. MM. KELLER et BURGER ont fini par adopter cette méthode qui est, de nos jours, de plus en plus employée.

Du reste les auteurs qui, pour éviter une nouvelle dilatation du col de l'utérus et les risques accrus d'infection, effectuent une application unique, reconnaissent qu'il faut mettre les malades sous une surveillance étroite.

L'application de la curiethérapie peut rencontrer des difficultés :

PYOMÉTRIE

Le corps de l'utérus est mou, augmenté de volume, le col est dur, gros, fermé ou légèrement entr'ouvert. Le canal endocervical est obturé par sclérose ou adhérence inflammatoire ; derrière cette barrière, l'endomètre est rempli de pus. Cette pyométrie ne constitue pas une contre-indication à la curiethérapie, mais l'usage des lamineires n'est pas indiqué : la dilatation par bougies de Hégar n° 14 permettra le drainage de la cavité.

FIBROME DÉGÉNÉRÉ

Le fibrome peut avoir envahi le col qui prend un aspect irrégulier et bosselé avec végétations du museau de tanche. La friabilité de l'organe rend alors la dilatation dangereuse, bien qu'elle soit généralement possible. En cas de fausse route dans le Douglas, il faudrait suspendre l'application : glace sur le ventre.

Utérus sénile : Le col est très scléreux, dur et se laisse difficilement dilater ; la dilatation devra être progressive et lente.

Polype orificiel qui masque l'entrée du canal endocervical ; il sera sectionné.

La présence d'une masse pelvienne juxta-utérine, dont on pourrait craindre l'origine inflammatoire, contre-indique le traitement radium-thérapique, de crainte de complications.

Le fait que l'on réserve généralement le traitement curiethérapique à des femmes organiquement tarées ou localement inopérables, rend ces complications relativement fréquentes. Simone LABORDE a observé très souvent des poussées fébriles à 38° et dans 15 p. 100 des cas des complications plus sérieuses. Dans ces derniers, l'interruption du traitement était définitive dans 2,5 p. 100 des cas.

Ces chiffres concernent les cancers de l'utérus col et corps ; il faut remarquer que la dilatation et le séjour de la bougie occasionnent plus rarement des poussées thermiques au cours du traitement du cancer du corps qu'au cours de celui du cancer du col.

Les complications locales sont assez fréquemment observées : rectite bénigne qui, de simple radiépithélite transitoire, peut passer à la chronicité, s'accompagnant de phénomènes radionécrotiques extrêmement douloureux. MM. OPPERT et RUBENS-DUVAL ont décrit, dès 1922, une radionécrose rectale tardive postcuriethérapique. La muqueuse rectale prend, au voisinage du cul-de-sac postérieur, un aspect ridé, blanchâtre, luisant. Les selles deviennent difficiles, douloureuses et sanglantes, en raison de brides qui rétrécissent l'ampoule.

On observe rarement de cystite vraie ; mais la pollakiurie est assez fréquente au cours du traitement.

Ces accidents locaux illustrent le danger des fortes doses vaginales.

Une complication exceptionnelle est la pelvi-péritonite d'emblée qui commande un drainage avec Mickulicz. Par contre, nous avons vu que les poussées thermiques figuraient parmi les complications fréquentes ; elles sont généralement dues à un pyomètre mal drainé, ou à une réaction péritonéale légère qui cède à la glace.

Les hémorragies sont évidemment souvent observées au cours du traitement et peuvent gêner l'application ; on les soignera par le traitement classique.

La curiethérapie, quand il s'agit du cancer du corps, peu sensible aux radiations, se heurte au danger de perforation utérine ou de péritonite, si l'on veut traiter d'une façon efficace toute la région malade par des radiations peu pénétrantes.

La plus redoutable des complications est l'embolie pulmonaire. MM. REILES et FOBES (dans la *Revue*

Française Gynécologie et Obstétrique, novembre 1936) l'ont observée dans 28,5 p. 100 des cancers du corps qui sont traités par la curiethérapie, contre 1 p. 100 dans les cancers du col ; à la Maternité de l'hôpital de Strasbourg, on a noté, sur 14 malades traités par le radium, 5 embolies pulmonaires. Il est vrai que des doses relativement massives, pour une seule application, avaient été utilisées.

Résultats immédiats de la curiethérapie

M. WARD, sur 106 cancers du corps, indique une morbidité de 11,4 p. 100 et une mortalité de 1,1 p. 100.

MM. REILES et FOBES, sur 14 cas, ont une mortalité de 28,5 p. 100.

M. PETIT-DUTAILLIS observe une mortalité de 2 à 7 p. 100. MM. REGAUD et LACASSAGNE de 0 à 6 p. 100, M. BELUGIN de 4 p. 100.

Contre cette mortalité immédiate, le Prof. GOSSET et M. VALLON sont partisans des auto-vaccins et des irrigations antiseptiques prophylactiques ; de plus ils n'introduisent de radium que vingt-quatre heures après la dilatation.

M. CAPIZANNO considère les réactions inflammatoires comme normales au cours de la curiethérapie, puisqu'il estime que c'est grâce à cette inflammation que se développerait le tissu conjonctif antagoniste du néoplasme précisément dû, pour lui, à l'impuissance d'un organisme à produire de l'inflammation.

Résultats éloignés de la curiethérapie

Si l'on considère les résultats de trois grands centres anticancéreux : Paris, Stockholm, Munich, la comparaison des chiffres de guérison obtenus par la curiethérapie est assez déconcertante.

A la Fondation Curie, le pourcentage de guérison est de 16 p. 100.

Au Radiumhemmet de Stockholm, il est de 43 p. 100 : 25 p. 100 dans les cas inopérables, 60 p. 100 dans les cas opérables.

A la Clinique gynécologique de Munich, on obtient une moyenne de 41 p. 100 de guérisons au bout de cinq ans : 66 p. 100 pour les malades opérables, 8 p. 100 pour les inopérables ; mais ce qui est troublant, c'est la constatation d'une efficacité maxima de traitement entre 40 et 50 ans, période pendant laquelle on observe un maximum de lésions bénignes, alors que la plus grande fréquence du cancer du corps est située entre 50 et 60 ans.

A la Mayoclinic de Rochester, on a publié 12 p. 100 de guérisons chez des malades inopérables.

La précision de ces statistiques reste relative car elles ne portent pas sur un nombre important d'observations. Le Prof. HEYMAN n'a pas trouvé trois statistiques dépassant 100 cas.

Dans la statistique citée par M. OPPERT, sur 24 cas, 2 seulement ont été traités depuis plus de six ans (in *Gynécologie*, juillet 1937).

Association de la curiethérapie au traitement chirurgical

Pour le cancer du corps de l'utérus, on a préconisé la curiethérapie préopératoire en se basant sur le fait que celle-ci provoque un arrêt dans l'évolution de la tumeur ; on profiterait de cette amélioration passagère pour modifier les conditions opératoires.

La curiethérapie aurait, en outre, l'avantage de détruire les bourgeons cancéreux plus ou moins sphacelés qui entretiennent la pullulation microbienne, d'assécher la cavité utérine, empêchant ainsi les hémorragies et les phlébites.

MM. CAHEN et DELPORTE, en 1927, ont recommandé la curiethérapie préopératoire six semaines avant l'intervention.

On utilise également la curiethérapie postopératoire : M. POLAK (1928) associe les radiations pré et postopératoires, pour éviter les risques d'infection et de greffe cancéreuse. Cependant M. J. DUVAL, dans sa thèse, donne 10 observations parmi lesquelles il y a 7 récidives, après avoir employé cette méthode.

MM. HEALY et CUTLER, du Memorial Hospital, ainsi que BOWING et FRICKE, de la Mayoclinic, emploient cette technique mixte.

M. KAMNIKER (1934), partisan de cette méthode, estime que l'on obtiendrait un chiffre de 84 p. 100 de guérisons au lieu de 64 p. 100 par la seule hystérectomie.

M. MAYER trouve que la mortalité opératoire est abaissée de 10 p. 100 à 4 p. 100.

Il existe un cas particulier dans lequel l'action de la curiethérapie peut donner de bons résultats : celui du cancer du corps avec extension locale.

En effet, certains auteurs ont eu recours à la pose de tubes radifères par voie abdominale. MM. SAUVAGE, WALLON et R. SIMON ont appliqué cette méthode à 4 cancers du corps dont l'un avec métastase ovarienne et envahissement de la paroi rectale. L'application a été effectuée après hystérectomie, pour éviter les fréquentes récidives sur la tranche vaginale.

Cette irradiation préconisée par M. DELARBRE, dans sa thèse, et par M. MOULONGUET, dans ses diagnostics anatomocliniques, évite les inconvénients du radium préopératoire qui retarde l'intervention et risque de déclencher des accidents infectieux graves.

L'application de radium endopelvien peut être suivie d'une application par voie vaginale ; le drainage abdominal par Mickulicz constitue une sécurité qui n'existe pas dans le radium préopératoire.

Cette confiance dans l'efficacité de la technique curiethérapie-chirurgie est loin d'être universellement établie : utiliser cette association, c'est faire courir à la malade deux risques successifs.

La pauvreté des lymphatiques efférents du corps de l'utérus rend la plupart du temps le traitement chirurgical le seul temps efficace, puisque le cancer reste localisé.

Dans un article de la *Presse Médicale* du 10 mars 1937, M. E. WALLON reconnaît qu'il n'entreprend jamais le

traitement curiethérapique sans ne certaine appréhension, car il est impossible de savoir jusqu'à quel point le néoplasme a envahi le muscle utérin ; aussi n'a-t-il recours au radium qu'en cas de contre-indication opératoire formelle.

Le radium n'est pas « une arme thérapeutique que l'on emploie aussi impunément qu'on serait tenté de le croire » (REILES et FOBES).

La conclusion semble donnée par M. OPPERT (in *Gynécologie*, juillet 1937) : « Lorsque le sujet, âgé de moins de 65 ans, présente un état général satisfaisant, lorsque les culs-de-sac vaginaux sont libres de toute adhérence, l'exérèse doit être incontestablement préférée à l'irradiation. Si ces conditions ne sont pas réalisées, la curiethérapie reste le seul recours possible. »

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

L'hystérectomie conserve actuellement la faveur de la majorité des praticiens français pour le traitement du cancer du corps de l'utérus. Nous allons envisager ses diverses modalités : hystérectomie vaginale, hystérectomie abdominale sub-totale, hystérectomie abdominale totale.

1^o HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

L'hystérectomie vaginale, unanimement adoptée avant 1900, théoriquement idéale chez des femmes âgées et fatiguées, parce que peu choquante, en particulier chez les obèses, presque abandonnée jusqu'en 1930, connaît actuellement un renouveau de faveur. Le Prof. J.-L. FAURE, MM. DIMITRI, VON TOTH, KENNEDY, puis ROUFFART et VIOLET, lui ont donné la préférence et en ont montré les avantages.

L'hystérectomie vaginale a certes des inconvénients. Les malades sont souvent âgées ; leur vagin étant atrophié, scléreux, rigide, rendant difficile l'accès du col, on peut être amené à pratiquer sur celui-ci des tractions dangereuses qui risquent de rompre l'utérus malgré un débriement du périnée pour se donner du jour. Il est impossible de juger par cette méthode de l'état des organes pelviens et de l'extension possible du cancer.

De plus, il y a parfois une rétraction des ligaments larges qui s'oppose à la descente de l'utérus : on risque de le rompre en essayant de l'abaisser.

Ces reproches ne sont pas suffisants pour faire rejeter l'hystérectomie vaginale.

Dans tous les cas où l'état de la malade rendrait redoutable le choc dû à la position déclive et à l'exposition des anses intestinales ainsi qu'aux difficultés opératoires, l'hystérectomie vaginale a des résultats très favorables.

LUZUY, qui lui a consacré sa thèse, en 1931, dit qu'il

suffit d'avoir vu, au soir de son opération, une malade obèse ayant subi une hystérectomie vaginale, même pénible et longue, pour être persuadé que la voie basse doit être préférée sans conteste toutes les fois que l'on a des raisons de douter de la résistance de la malade. Pour remédier aux difficultés du passage d'un utérus plus ou moins volumineux et friable dans un vagin atrésié, il préconise les incisions de Schuckardt, débridements latéraux du périnée ; la technique imaginée par SEGOND, qui consiste à pincer et à sectionner l'étage inférieur du ligament large et l'artère utérine donne, en général, beaucoup de jeu à l'utérus. Le morcellement doit être évité car il rend l'intervention beaucoup plus grave.

Deux techniques sont en présence : d'une part, les procédés de DOYEN et de MULLER-QUENU, employés par beaucoup d'auteurs, qui facilitent l'intervention, mais ont le gros inconvénient d'ouvrir un utérus plus ou moins infecté et de rendre les suites opératoires douteuses ; d'autre part, la méthode de SEGOND qu'utilise en particulier M. J. BARANGER : elle consiste à mettre deux pinces de MUSEUX sur le col et à opérer des tractions sur l'organe sans l'ouvrir. L'abaissement est difficile, mais généralement possible. S'il était impossible d'y parvenir, peut-être vaudrait-il mieux recourir à la voie abdominale que de risquer de fragmenter l'utérus.

MORTALITÉ POSTOPÉRATOIRE :

TOLET cite 8 cas sans décès.

ROUFFART : 30 cas sans décès.

VON TÓTH : 942 cas avec 2,5 p. 100 de mortalité.

J.-L. FAURE dans la thèse de son élève J. DUVAL : pas de mort postopératoire sur 22 cas.

KENNEDY estime que la mortalité due à l'hystérectomie vaginale est quinze fois plus petite que celle due à l'hystérectomie abdominale.

LECLERC est partisan de cette méthode.

J. DUVAL, sur 32 cas, donne 69 p. 100 de guérison éloignée.

HAUPT : 60 p. 100.

HAMANT et VICHARD : 69 p. 100 de guérison éloignée.

Nous-mêmes rapportons, dans les interventions pratiquées par M. J. BARANGER, 7 hystérectomies vaginales sans aucune mort opératoire.

2° HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUB-TOTALE

L'hystérectomie abdominale sub-totale est de plus en plus délaissée ; elle a de graves inconvénients : le moignon de col peut déjà être le siège de greffes endocervicales ; beaucoup de récidives sur les cols restants ne sont pas des cancers apparus sur un col indemne, mais des cancers continuant à évoluer sur un col chirurgicalement séparé du corps (FUNCK-BRENTANO).

CL. BECLERE a fait remarquer qu'il se développe parfois sur le col un épithélioma qui est pavimenteux, d'apparition tardive, sans aucun rapport apparent avec le cancer primitif du corps ; mais dans la majorité des cas, on constate que c'est un épithélioma cylindrique : l'exérèse n'a pas porté alors sur la totalité des tissus cancéreux.

L'hystérectomie sub-totale fait courir le risque de l'inoculation péritonéale par le contenu septique et les bourgeons cancéreux du corps de l'utérus que l'on est obligé d'ouvrir.

Enfin, il interdit le drainage vaginal, toujours utile.

La coexistence fibrome-cancer est, nous l'avons vu, fréquente. Il n'est pas rare qu'après une hystérectomie sub-totale pour fibrome, l'examen histologique de la pièce opératoire révèle la présence d'un cancer.

MM. LECÈNE et LERICHE ont dit qu'une proportion de 5 p. 100 des fibromes était compliquée de cancers. D'après MUNRO-KERR, 5 p. 100, HAMANT et VICHARD, 18 p. 100.

Le Prof. LECLERC a pratiqué la sub-totale, puis l'ablation secondaire du col, dans un but de moindre choc. Il semble que cette méthode puisse être appliquée chaque fois qu'un cancer est reconnu à la coupe de la pièce pendant l'opération.

HAMANT et VICHARD citent, sur 10 hystérectomies sub-totales pour fibromes dégénérés, 2 cas où ils ont agi ainsi. FAURE et SIREDEY réservent l'hystérectomie sub-totale aux femmes qui ont un bassin profond, chez lesquelles l'hystérectomie totale peut être difficile et nécessiter des manipulations pouvant déchirer l'utérus.

La mortalité postopératoire est faible : 4 à 5 p. 100 en moyenne, et les résultats éloignés, publiés en petit nombre il est vrai, semblent les mêmes que ceux obtenus par les autres méthodes.

J. DUVAL donne 69 p. 100 de guérisons sur 13 cas suivis.

Le Prof. VANVERTS, de Lille, emploie exclusivement cette méthode pour le cancer du corps de l'utérus.

Il faut réserver l'hystérectomie sub-totale à certains cas particuliers : soit intervention pour fibrome avec cancer reconnu après l'intervention seulement, soit extension cancéreuse rendant impossible l'extirpation en bloc de l'utérus.

La curiethérapie secondaire est indiquée pour éviter les récidives sur le col.

Nous publions 7 cas d'observation de fibromes dégénérés traités par M. J. BARANGER. Dans 3 cas : hystérectomie totale ; dans 2 cas : hystérectomie sub-totale et dans 2 cas : sub-totale totalisée.

3^o HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

L'hystérectomie abdominale totale reste, pour la plupart des praticiens français, le meilleur traitement du cancer du corps utérin.

Le Prof. TIXIER (thèse d'André BISCH) considère que c'est la méthode de choix.

L'avantage de l'hystérectomie totale sur l'hystérectomie vaginale serait une facilité d'exploration qui éviterait de laisser passer une extension cancéreuse et

d'éviter également les difficultés d'extraction d'un utérus volumineux et friable.

La supériorité de l'hystérectomie totale sur l'hystérectomie sub-totale est la suppression du danger de récédive sur le col, la possibilité d'un drainage vaginal et l'ablation de l'utérus d'une seule pièce.

En présence d'un petit cancer au début, sans extension et si l'on est certain d'avoir pratiqué une intervention aseptique, sans possibilité d'une infection péritonéale par le contenu de l'utérus, on pourrait se permettre la suture abdominale sans drainage. Le cloisonnement par le côlon sigmoïde permet d'isoler la cicatrice vaginale du péritoine et de minimiser les chances d'infection de celui-ci. Mais ces conditions sont rarement remplies et l'on doit recourir au drainage par Mickulicz, avec ses inévitables inconvénients pour la restauration de la paroi, et au drain vaginal.

La rachi-anesthésie semble supérieure à l'anesthésie générale : la malade qui dort mal et refoule ses anses intestinales gêne considérablement l'intervention et subit un choc opératoire plus prononcé.

L'opération de Wertheim n'est pas souvent nécessaire ; l'extension du cancer étant rarement assez étendue pour la justifier.

Voyons quels sont les résultats obtenus par cette méthode :

J.-L. FAURE, cité par DUVAL, donne 8 p. 100 de mortalité immédiate.

BISCH rapporte 56 cas d'hystérectomie totale avec 6 décès opératoires, soit 10,6 p. 100 de mortalité.

LECLERC reconnaît que c'est une opération grave, mal supportée. Sur 35 malades, il donne 6 morts opératoires.

HAMANT et VICHARD donnent 15 p. 100 de mortalité.

Les résultats publiés à l'étranger sont beaucoup moins concordants : HURDON et CHAMBERS citent 3 à 9 p. 100 de mortalité. ARCHANGUELSKI : 7 à 10 p. 100.

La mortalité opératoire est donc, d'après ces chiffres de 10 à 15 p. 100 en moyenne.

Résultats éloignés

Tous les auteurs admettent comme définitive une guérison maintenue pendant cinq ans. Cette limite est arbitraire, puisque le Prof. LECLERC cite, sur 9 cas de récidives, deux qui se sont produites six ans après l'intervention et une neuf ans après.

La Mayo-Clinic de Rochester donne 31 p. 100 de guérisons éloignées.

Le Prof. LECLERC : 47,7 p. 100.

Thèse de J. DUVAL : 55 p. 100.

BISCH : 65 p. 100.

J. QUENU : 66 p. 100.

STOECKEL a publié dans l'*Handbush de gynécologie* 41,7 p. 100 de guérisons au bout de cinq ans sur une statistique de 448 cas.

LECÈNE et LERICHE donnent 5 p. 100 de mortalité opératoire dans l'hystérectomie abdominale, chiffre qui semble dépassé dans la majorité des cas et 50 p. 100 de

guérisons éloignées, chiffre qui correspond bien à la moyenne des statistiques publiées qu'il s'agisse d'hystérectomie par voie haute ou par voie basse.

La mortalité éloignée peut paraître élevée, mais on doit faire remarquer qu'elle n'est pas toujours causée par des récidives cancéreuses et que l'âge des malades ne les met pas à l'abri d'affections intercurrentes.

Il semble qu'en raison de la mortalité opératoire élevée de l'hystérectomie abdominale, on doive réserver celle-ci à des cas où l'hystérectomie vaginale, beaucoup moins choquante, présenterait de réelles difficultés. C'est l'opinion défendue par le Prof. LECLERC, par LUZUY, par le Prof. J.-L. FAURE, par HAMANT et VICHARD et par un nombre toujours croissant de praticiens.

Nous publions 18 cas d'hystérectomies abdominales pratiquées par M. J. BARANGER. Dans 2 cas, il s'agissait d'une opération de WERTHEIM et dans 16 cas d'une hystérectomie restreinte.

OBSERVATIONS

Nous publions 25 observations se rapportant à des cancers du corps de l'utérus traités à la clinique du Dr J. BARANGER, au Mans.

1° Age des malades :

Pour un cas exceptionnel	26 ans
De 40 à 50 ans	5 cas
De 50 à 60 ans	11 —
De 60 à 70 ans	2 —

Age moyen des malades (le cas de 26 ans excepté) :
54 ans. Ce chiffre se rapproche de ceux déjà publiés :

DONALD	59 ans
REIFER	55 —
BISCH.	54
SALPÊTRIÈRE.	52 —

2° Pour ces 25 cas, il y a eu 21 cas ruraux (300.000 habitants, donc 1 cas sur 18.500 habitants) et 4 cas urbains (90.000 habitants, donc 1 cas sur 22.500 habitants). Pourcentage tout relatif puisqu'une partie des malades du département a été traitée dans d'autres établissements. Parmi les cas ruraux, remarquons que 13 cas ont été observés au sud-est du département formé géologiquement pour $\frac{2}{3}$ de terrains crétacés inférieurs (argiles) et pour $\frac{1}{3}$ de terrains tertiaires (limons) ;

8 cas sont originaires du nord-ouest du département formé presque exclusivement de terrains jurassiques (calcaires).

3° La mortalité opératoire a été de 24 p. 100, les décès sont survenus :

Dans 2 cas par péritonite ;
Dans 2 cas par embolie après phlébite ;
Dans 1 cas par collapsus cardiaque ;
Dans 1 cas après curettage biopsique vraisemblablement.

Les pourcentages de mort opératoire publiés précédemment sont les suivants :

BISCH.	10,6 %
Prof. LECLERC	18 %
DODERLEIN.	30,7 %

4° Il a été observé parmi ces 25 cas, 7 qui s'accompagnaient de fibrome.

Ce qui donne un pourcentage de 28 p. 100, supérieur à ceux publiés :

MUNRO-KERR	5 %
HAMANT et VICHARD	18 %

5° Les résultats éloignés en ne tenant compte que de 19 malades guéries de l'intervention ont été de 50 p. 100.

Une malade n'a pas été suivie dès après l'intervention.

Trois malades n'ont pas été revues après la deuxième année.

Une malade n'a pas été revue après la troisième année.

Si l'on excepte ces 5 malades, 7 des malades restantes peuvent être considérées comme guérisons définitives et 7 autres sont décédées ou ont eu des récides.

Parmi ces dernières, trois au cours de la première année, une dans la deuxième année, deux dans la troisième année et une dans la quatrième année.

Sur 7 hystérectomies vaginales : 3 non suivies après la deuxième année, sur les 4 suivies, 2 décès ou récides et 2 guérisons éloignées.

Sur 18 hystérectomies abdominales : 8 non suivies, 5 décès ou récides et 5 guérisons éloignées.

Les résultats de guérisons éloignées (après cinq ans) déjà publiés sont les suivants :

Thèse de BISCH	65 %
Prof. LECLERC	59 %
STOECKEL	41 %

OBSERVATION N° I

M^{me} C..., 26 ans. — Septembre 1925.

Antécédents : Dernières règles en mai. Aménorrhée de trois mois.

Hémorragie le 15 août et suintement jusqu'au 1^{er} septembre où il se produit une nouvelle hémorragie sans douleur.

Pas de grossesse antérieure.

Examen. — T. V. : Gros utérus, qui remonte au-dessus de l'ombilic à la palpation combinée.

Curettage biopsique discret : Épithélioma de type glandulaire cylindrique du corps de l'utérus (la pièce opératoire envoyée pour examen histologique a confirmé la présence d'une dégénérescence maligne).

Deux jours après curettage, fausse couche de trois mois. Enfant macéré. Révision discrète de la cavité utérine qui n'empêche pas une infection obligeant à un drainage par tube de Dakin.

Intervention : Hystérectomie totale sous anesthésie générale. Mickulicz. Drainage vaginal. Suites opératoires excellentes. Sort cicatrisée de la clinique le vingtième jour.

Revue un an après et en 1934 : se porte très bien et se dit tout à fait bien rétablie. (Guérison éloignée.)

OBSERVATION N° II

M^{me} F..., 59 ans. — Octobre 1938.

Antécédents : 3 enfants, dont 1 décédé. Ménopausée à 45 ans. Depuis un an pertes blanches ayant augmenté progressivement. Apparition il y a trois mois de métrorragies de sang rouge, d'abord espacées, puis continues depuis un mois et demi.

Examen. — T. V. : Volume utérin difficile à apprécier. On sent une petite masse rénitente à la lèvre antérieure du col utérin.

Abdomen douloureux dans la région sus-pubienne gauche. Au cœur, dédoublement du premier bruit.

Tension artérielle : Mx : 18 ; Mn : 10.

Curettage biopsique : Épithélioma cylindrique du corps de l'utérus.

Intervention : Hystérectomie totale sous-anesthésie générale. (Wertheim.)

Suites opératoires : La malade sort de la clinique au bout de vingt jours.

Décès survenu le vingt-cinquième jour à la suite d'une embolie. (Décès.)

OBSERVATION N° III

M^{lle} J..., 54 ans. — Janvier 1929.

Antécédents : Ménopause à 50 ans. Il y a sept mois, petite hémorragie ayant duré trois à quatre jours. En septembre, nouvelle hémorragie accompagnée de douleurs, expulsion de gros caillots. Cette hémorragie dure une semaine. La malade a toujours perdu depuis, mais de façon peu abondante.

Examen. — T. R. V. : Permet d'apprécier le volume de l'utérus qui est gros et mobile.

Curettage biopsique : Épithélioma cylindrique.

Intervention : Le 6 février.

Hystérectomie totale sous anesthésie générale. Drain abdomino-vaginal. Mickulicz.

Suites opératoires : Sort le 18 mars presque cicatrisée.

Suites éloignées : En 1936 : excellentes. (Guérison éloignée.)

OBSERVATION N° IV

M^{me} P..., 57 ans. — Septembre 1929.

Antécédents : Rien à signaler. Aucun renseignement sur les antécédents immédiats.

Curettage biopsique : Épithélioma cylindrique.

Intervention : Hystérectomie abdominale totale suivie de péritonite mortelle. (Décès opératoire.)

OBSERVATION N° V

M^{me} R..., 56 ans. — Mai 1929.

Antécédents : Grossesse extra-utérine il y a quinze ans, suivie d'ovariectomie droite.

Ménopausée à 46 ans.

A présenté il y a trois ans des pertes rouges, se reproduisant à des intervalles inégaux de trois semaines à un mois.

Ces hémorragies alternent avec des pertes roussâtres ; se plaint en même temps de « tiraillement » de l'abdomen ; elle s'est aperçue que celui-ci avait grossi.

Son médecin fait le diagnostic de fibrome ; lui fait suivre un traitement radiothérapique. Un nouvel examen lui ayant fait suspecter un cancer du corps, il envoie la malade à la clinique. Elle perd abondamment depuis deux jours, a des coliques utérines.

Examen. — T. V. : Utérus gros de consistance rénitente ; le col est épaissi, saignant.

Curettage biopsique : Métrite hyperplasique avec plages de dégénérescence maligne d'épithélioma cylindrique. La température s'élève à 40° le lendemain du curettage et se maintient très élevée.

Intervention : Hystérectomie totale sous éther. Adhérences. Drain abdomino-vaginal. Mickulicz.

Suites opératoires : Transfusion de 200 cmc. de sang citraté, postopératoire. Fièvre à 40°. Le surlendemain de l'opération : décès sans péritonite. (Est-il imputable au curettage explorateur ou a une affection intercurrente ?) (Décès opératoire.)

OBSERVATION N° VI

M^{lle} M..., 65 ans. — Novembre 1931.

Antécédents : Ménopausée à 52 ans. Perd presque continuellement depuis deux ans. Douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite, depuis trois mois.

Examen. — T. V. : Utérus gros, dur, rétroversé, peu mobile. Cul-de-sac droit sensible et douloureux à la mobilisation de l'utérus.

T. A. : Mx : 22 ; Mn : 9.

Curettage biopsique : Utérus fibromateux avec épithélioma cylindrique.

Intervention : Hystérectomie totale. Éther-balsoforme. (Wertheim.)

Suites immédiates : Mort par collapsus cardiaque deux jours après l'opération. (Décès opératoire.)

OBSERVATION N° VII

M^{me} F..., 59 ans. — Juillet 1931.

Antécédents : 3 enfants. Ménopausée à 52 ans. Depuis un an, pertes presque continuelles d'eaux roussâtres. Souffre du ventre depuis deux mois. A présenté il y a huit jours une hémorragie abondante qui l'a amenée à consulter.

Examen : Adiposité.

T. V. : Utérus gros, de consistance inégale, semblant fibromateux.

Intervention : Hystérectomie sub-totale sous éther-balsoforme.

Examen histologique de la pièce opératoire : Épithélioma cylindrique et fibrome.

Suites immédiates : Excellentes.

Suites tardives : 1934, récurrence sur le col, application de radium : 3 tubes de 10 mgr. R. E. pendant six jours. Revue deux ans après. Va bien, à part quelques crises douloureuses semblant dues à des adhérences. (Récurrence.)

OBSERVATION N° VIII

M^{me} M..., 47 ans. — 4 décembre 1930.

Antécédents : 5 enfants vivants. 2 fausses couches, 2 curettages l'un après une fausse couche, l'autre après un accouchement.

Perd depuis six mois continuellement, douleurs dans le bas-ventre depuis deux mois.

Examen. — *T. V.* : Très gros utérus dur, fibromateux, fibromyome de la paroi recto-vaginale.

Intervention : Hystérectomie abdominale totale sous éther.

Examen histologique : Épithélioma cylindrique du corps avec fibrome banal.

Suites immédiates : Excellentes.

Suites lointaines : (1937) bonnes. (Guérison éloignée.)

OBSERVATION N° IX

M^{me} H..., 59 ans. — Octobre 1932.

Antécédents : 2 enfants. Ménopausée à 49 ans. Perd depuis quatre mois du sang et des eaux roussâtres. Pas de douleurs actuellement, mais a souffert avant ces hémorragies.

Examen : Obésité.

T. V. : Col normal. Utérus gros et mobile semblant fibromateux.

Intervention : Hystérectomie totale sous rachi-anesthésie avec surjet vésico-vaginal et recto-vaginal.

Examen histologique : Adéno-cancer ; fibrome dégénéré.

Suites immédiates : Décès le cinquième jour de péritonite. (Décès opératoire.)

OBSERVATION N° X

M^{me} P..., 62 ans. — Octobre 1933.

Antécédents : 2 enfants. Ménopausée à 53 ans.

Suintement sanguin depuis quatre mois. Hémorragie tous les matins depuis un mois. Douleurs à la face interne des cuisses. Pollakiurie. A maigri de 5 kilos.

Examen. — *T. V.* : Utérus mou et gros. Cul-de-sac gauche douloureux.

Curettage biopsique : Après dilatation aux laminaires : épithélioma cylindrique.

Intervention : Hystérectomie totale sous rachi-anesthésie.

Suites immédiates : Excellentes. Lever le quinzième jour.

Suites éloignées : Bonnes (1934). (Guérison d'au moins un an.)

OBSERVATION N° XI

M^{me} V..., 56 ans. — Février 1934.

Antécédents: Perd depuis six mois à des intervalles assez rapprochés. Hémorragies de sang rouge.

Curettage biopsique: Épithélioma adénoïde.

Intervention: Hystérectomie totale sous rachi-anesthésie.

Suites immédiates: Excellentes. Se lève au bout de dix-huit jours.

Suites tardives: Revue en 1936. Pas de signes de récidence. Pas de nouvelles depuis. (Guérison d'au moins deux ans.)

OBSERVATION N° XII

M^{me} R..., 59 ans. — Vue une première fois en août 1932.

Antécédents: 3 enfants. Ménopausée à 44 ans. Après un accouchement, déchirure du périnée l'obligeant à porter un pessaire qu'elle a depuis cinq ans. A remarqué il y a quelque temps, du sang sur le pessaire.

A ce moment métrite du col et cystite.

Revue en juin 1935. Ne porte plus de pessaire depuis 1932. Présente des hémorragies sans douleurs depuis un an.

Examen. — T. R. V.: Col très petit. Utérus semblant infantile. Peu mobile. Suintement de sang.

Femme très anémiée.

Curettage biopsique: Après dilatation aux laminaires. Épithélioma tubo-cylindrique. Adéno-cancer typique.

Intervention: Sous éther-balsoforme: Hystérectomie totale.

Suites immédiates: Bonnes.

Suites tardives: Décès six mois après de cause inconnue. (Décès.)

OBSERVATION N° XIII

M^{me} H..., 55 ans. — Novembre 1934.

Antécédents : 1 enfant. Ménopause à 51 ans. Présente des hémorragies depuis cinq mois, espacées au début de plusieurs semaines, puis se rapprochant progressivement jusqu'à devenir continuelles. Se plaint de légères douleurs dans le bas-ventre.

Examen. — T. V. : Col normal. Utérus un peu gros, mou et mobile.

Curettage biopsique : Adéno-cancer du corps.

Intervention : Hystérectomie vaginale sous rachi-anesthésie. Hémisection antéro-postérieure. Pincés à demeure. Utérus difficile à abaisser. On est obligé de le fragmenter.

Méchage iodoformé.

Suites immédiates : Phlébite droite. Se lève au bout d'un mois et demi.

Suites éloignées : Revue en décembre 1936. A des pertes rosées depuis quelques jours. On sent une petite masse indurée de la paroi vésico-vaginale. Refuse le radium.

Revue en avril 1937 : Bon état général, mais récidive certaine : la masse sentie un an auparavant a beaucoup augmenté. Refuse de nouveau le radium.

Décès survenu en 1938. (Guérison de trois ans. Récidive.)

OBSERVATION N° XIV

M^{me} N..., 40 ans. — Janvier 1936.

Antécédents : Pas d'enfants. Perd depuis deux mois des eaux roussâtres. Hémorragies suintantes.

Examen : T. V. — Utérus dur, semblant fibromateux.

Intervention : Hystérectomie sub-totale.

Examen histologique : Fibrome dégénéré. Adéno-cancer.

Suites immédiates : Fébriles avec tendance à l'insuffisance cardiaque. Sort au bout d'un mois.

Suites éloignées: Revue en mai 1938. Va bien. (Guérison d'au moins deux ans.)

OBSERVATION N° XV

M^{me} M..., 60 ans. — Mars 1936.

Antécédents: 4 enfants. Une fausse couche. Présente des pertes rouges depuis dix mois environ. Ménopausée à 55 ans.

Examen. — T. V.: Utérus gros et mobile.

Curettage biopsique: Adéno-cancer très infiltré de polynucléaires.

Intervention: Hystérectomie totale simple sous rachianesthésie.

Suites immédiates: Se lève au bout de quinze jours. Sort cicatrisée.

Suites éloignées: Revue en février 1937. Douleurs abdominales avec état fébrile. Il s'agit d'une inflammation du petit bassin à droite calmée par la glace.

Revue en avril 1939. État général excellent. (Guérison d'au moins trois ans.)

OBSERVATION N° XVI

M^{lle} D..., 57 ans. — Mars 1936.

Antécédents: Mal réglée à partir de 40 ans. Ménopausée à 48 ans. Anémie qu'on a hypertendue à 19-8.

A perdu depuis sa ménopause. Ses pertes augmentent de fréquence et sont devenues presque continuelles.

Examen. — T. V.: Gros utérus semblant fibromateux.

Intervention: On intervient pour fibrome après une transfusion. Hystérectomie sub-totale. L'ouverture immédiate de la pièce opératoire montre la présence d'un cancer du corps.

Le col est enlevé immédiatement.

Examen histologique : Adéno-épithéliome végétant à cellules cylindriques infectées.

Suites opératoires : Phlébite droite. Mauvais état général. Absès de fixation. Amélioration temporaire. Puis eschare sacrée.

Commence à se lever deux mois après l'intervention ; présente alors un foyer pulmonaire d'origine embolique. La malade meurt en deux jours. (Décès opératoire.)

OBSERVATION N° XVII

M^{me} F..., 65 ans. — Juin 1936.

Antécédents : Présente depuis trois mois des pertes d'abord roussâtres, devenues hémorragiques ensuite.

Femme obèse.

Curettage explorateur : Sous rachi-anesthésie. La curette ramène des bourgeons. Un petit polype muqueux du col est cautérisé.

Examen histologique : Adéno-cancer d'origine muqueuse.

Intervention : Hystérectomie vaginale sousépidurale, immédiatement après curettage. Ablation en bloc de l'utérus.

Suites immédiates : Excellentes.

Suites éloignées : Revue en avril 1937. Au toucher, bourgeons saignants reposant sur une masse mobile du volume d'une mandarine. Radiothérapie profonde.

Revue en 1938. Va bien. (Guérison d'un an. Récidive.)

OBSERVATION N° XVIII

M^{me} V..., 63 ans. — Février 1937.

Antécédents : 2 enfants.

Pertes rousses depuis plusieurs mois. Pertes de sang depuis un mois.

Examen. — T. V. : Utérus un peu gros, assez mobile, anteversé.

Curettage biopsique : Adéno-cancer bourgeonnant et superficiellement infecté.

Intervention : Hystérectomie vaginale après incision du périnée à gauche. Le pédicule droit est sectionné pour permettre l'abaissement de l'utérus qui est enlevé en bloc.

Suites immédiates : Excellentes.

Suites éloignées : Revue en mai 1938 : petite masse au fond du vagin à droite. Récidive probable. Radium.

Revue en février 1939 : la masse a beaucoup augmenté de volume : signes de compression des vaisseaux. (Récidive.)

OBSERVATION N° XIX

M^{me} M..., 66 ans. — Décembre 1937.

Antécédents : 1 enfant. Hémorragies depuis six mois. Elles vont en s'accroissant depuis trois semaines.

Examen. — T. V. : Utérus petit, rétrofléchi. Culs-de-sac libres.

Curettage biopsique : Sous-rachi-anesthésie. La curette ramène des bourgeons. On décide une intervention immédiate.

Intervention : Hystérectomie vaginale. (Ablation en bloc.)

Examen histologique : Épithélioma cubo-cylindrique végétant et infiltrant.

Suites immédiates : Lever treizième jour. Sort le quatorzième jour.

Suites éloignées : Bonnes. (Janvier 1939.) (Guérison de deux ans.)

OBSERVATION N° XX

M^{me} V..., 49 ans. — Mars 1938.

Antécédents : 2 accouchements normaux. Encore réglée. Se plaint que depuis cinq ans ses règles sont très prolongées. Se sent fatiguée. Douleurs lombaires.

Examen. — T. V. : Utérus semblant de volume normal. De

consistance un peu molle. Légère douleur dans le cul-de-sac droit.

Curettage biopsique : Après dilatation aux laminaires. Adénocancer au début.

Intervention : Hystérectomie totale sous rachi-anesthésie.

Suites immédiates : Normales. Fait une légère température. Phlébite pelvienne probable.

Suites éloignées : La malade n'a pas été suivie.

OBSERVATION N° XXI

M^{me} L..., 40 ans, mai 1938.

Antécédents : 2 accouchements normaux. Une fausse couche de six mois, gémellaire. Réglée régulièrement. Depuis février dernier, s'est aperçue que ses règles duraient de plus en plus longtemps. Perd continuellement depuis un mois avec des caillots. Souffre dans le bas-ventre des deux côtés.

Examen. — T. V. : Utérus antefléchi et un peu gros. Col normal.

Curettage biopsique : En bordure d'une masse centrale dégénérée présentant des zones alvéolaires pâles, encadrées de traînées lymphocytaires, on trouve des végétations épithéliales de type glandulaire avec hyperplasie cellulaire atypique. Début d'adénocancer très probable.

Intervention : Hystérectomie totale sous anesthésie générale au protoxyde.

Suites immédiates : Normales.

Suites éloignées : Revue en mai 1939. État général excellent. (Guérison d'au moins un an.)

OBSERVATION N° XXII

M^{me} C..., 48 ans. — Juin 1938.

Antécédents : 8 enfants. Accouchements normaux. Non ménopausée. Souffre du ventre depuis deux ans. Métrorragie

abondante depuis deux mois. A constaté que son ventre avait grossi depuis trois mois.

Examen. — T. V.: Lèvre antérieure du col épaissie. Corps légèrement augmenté de volume et de consistance ferme en avant.

Intervention: On intervient pour fibrome. Hystérectomie vaginale sous rachi-anesthésie. Technique de Doyen.

Examen histologique de la pièce opératoire: Fibrome avec début d'adéno-cancer.

Suites immédiates: Excellentes.

Suites éloignées: Revue en février 1939. État général excellent.

OBSERVATION N° XXIII

M^{me} H..., 64 ans. — Septembre 1938.

Antécédents: 1 enfant. Ménopause à 47 ans. Métrorragies depuis deux ans.

Examen. — T. V.: Col normal. Corps un peu gros, de consistance semblant normale. Suintement de sang.

Curettage biopsique: Après dilatation aux laminaires.

Végétations épithéliales à type d'adéno-cancer, sans stroma, avec infiltration nodulaire à polynucléaires.

Intervention: Hystérectomie vaginale sous rachi-anesthésie. L'utérus descend mal malgré un débridement latéral du vagin. On a recours à la technique de Doyen. Pincés à demeure.

Suites immédiates: Normales.

Suites éloignées: Revue en août 1939. Cicatrice au fond du vagin semblant indurée. Récidive ?

OBSERVATION N° XXIV

M^{me} C..., 55 ans. — Juin 1939.

Antécédents: Pas d'antécédents obstétricaux. Ménopausée à 53 ans. Depuis un an pertes roussâtres. Se plaint de « pesanteur » dans le bas-ventre. Léger amaigrissement.

Examen. — T. V.: Col normal. Utérus gros et irrégulier, surtout en arrière.

Intervention pour fibrome : Hystérectomie sub-totale sous rachi-anesthésie. L'incision du col laisse apercevoir des bourgeons : ablation du col.

Examen histologique de la pièce opératoire : Utérus fibromateux avec adéno-cancer type du corps utérin.

Suites immédiates : Normales. Lever le quatorzième jour.

OBSERVATION N° XXV

M^{me} P..., 60 ans. — Juin 1939.

Antécédents : 3 enfants. Ménopausée à 53 ans. Pertes sanguinolentes depuis quatorze mois. Ne souffre pas.

Examen. — T. V.: Col normal. Utérus globuleux, de la taille d'une grosse mandarine, mobile, de consistance molle.

Au spéculum, polype muqueux.

Curettage biopsique : Adéno-cancer papillaire végétant, dont les franges sont infiltrées de polynucléaires.

Intervention : Hystérectomie vaginale sous rachi-anesthésie. Décollement antérieur difficile. Incisions de Stuckardt.

Suites immédiates : Normales.

CONCLUSION

L'ensemble des chirurgiens français admet l'utilité et l'efficacité de l'hystérectomie dans les cas d'épithéliomas cylindriques du corps utérin.

Quelques observations de guérison éloignée de ces cancers par la curiethérapie doivent nous inciter à utiliser cette méthode lorsqu'il existe des contre-indications opératoires formelles. On peut admettre le chiffre de 10 p. 100 de guérison éloignée comme un optimum d'efficacité de ce traitement.

Les résultats supérieurs qui ont été publiés à l'étranger, en contradiction avec la plupart des résultats français, mettent surtout en valeur la nécessité d'un examen histologique qui reconnaîtrait les mêmes tests de malignité.

Le curettage biopsique est donc un temps indispensable du traitement du cancer du corps de l'utérus, malgré les quelques risques qu'il présente. (Nous publions un cas de péritonite consécutive.)

Guidée par l'hystérographie, l'hystérectomie abdominale, opération parfaite chez les femmes jeunes et résistantes, est la cause d'une mortalité opératoire élevée dans un trop grand nombre de cas. Etant donné l'âge moyen des malades (54 ans dans nos observations), il

s'en faut qu'elle puisse être considérée comme la meilleure intervention pour les cancers du corps de l'utérus (33 p.100 de mortalité dans nos observations).

L'hystérectomie sub-totale semble une mauvaise intervention pour cette affection, puisque les récidives sur le col sont fréquentes.

On peut être amené à la pratiquer pour un fibrome dégénéré méconnu : l'irradiation post-opératoire paraît alors indiquée.

La coexistence du fibrome et du cancer est extrêmement fréquente (sur 25 cancers du corps nous en avons trouvé 7 sur un utérus fibromateux). Le diagnostic est souvent fait seulement à l'ouverture de la pièce opératoire.

La voie abdominale doit être réservée à des cas où l'hystérectomie vaginale est impossible, soit en raison des dimensions de l'utérus, soit en raison de l'atrésie des voies génitales ou d'une lésion annexielle concomitante.

L'hystérectomie vaginale, en effet, avec des résultats éloignés tout aussi favorables, est une intervention infiniment moins grave, comme le prouve une mortalité opératoire infime (aucune mortalité dans 7 cas publiés ici).

C'est l'intervention de choix pour le cancer du corps de l'utérus.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY.

VU : *Le Président de Thèse,*
M. MOCQUOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
L. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHANGUELSKI : Évaluation comparative des résultats des traitements du cancer des organes génitaux chez la femme par la méthode opératoire et par la Röntgen-curiethérapie (*Gynécol. et Obstr.*, n° 4, 1928, p. 325).
- ARNESON (A. N.) : Résultats cliniques et modifications histologiques après irradiation du corps de l'utérus (*Ann. j. Röntg.*, octobre 1936, p. 461).
- AUCLERC : De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer de l'utérus (*Thèse*, 1898-99, n° 563).
- BAUD (M^{lle}) : Les complications de la curiethérapie du cancer de l'utérus (*Thèse Paris*, 1923, n° 563).
- BECLERE (Claude) : Le cancer du corps utérin au point de vue de ses divers traitements (*Prix Daudet*, 1930). — Traitement du cancer du corps de l'utérus. État actuel de la question (*Paris Médical*, 19 mars 1932, p. 259-266). — Comment interpréter une radiographie de l'utérus et des trompes de Fallope (*Monde Médical*, 15 novembre 1930, p. 923). — Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses (*Presse Médicale*, 23 juin 1928, p. 792). — Le cancer du corps de l'utérus avant et après la ménopause : fréquence, diagnostic, thérapeutique (*Presse Médicale*, 22 septembre 1937, p. 1344).
- BÉRARD (L.) et LECLERC (F. E.) : Diagnostic du cancer du corps de l'utérus. Étude des métrorragies (*Presse Médicale*, 7 mars 1936, p. 585).
- BILHAUT : Évolution du traitement chirurgical du cancer utérin (*Thèse Paris*, 1906, n° 352).
- BOWING et FRICKE : Le radium adjuvant de la chirurgie dans les cancers du corps utérin (*American Journ. of Röntg.*, novembre 1931, p. 378).
- BISCH (A. P.) : Cancer primitif du corps de l'utérus (*Thèse Lyon*, 1891).
- BISCH (A.) : Étude anatomique, clinique, thérapeutique, du cancer du corps de l'utérus (*Thèse Lyon*, 1933-1934).
- BUTAUD (P.) : Les métrorragies après la ménopause (*Thèse Paris*, 1933).
- BROCCQ, PALMER, PARAT : Épithélioma utérin cylindro-cellulaire (*Presse Médicale*, 7 mars 1936, p. 585). — Épithélioma cylindrique ; hystérectomie totale (*Mémoires Académie de chirurgie*, 11 mars 1936, p. 345).
- BRUYÈRE : Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus (*Thèse Bordeaux*, 1892-93).
- CADENAT : Que faire en présence d'une métrorragie (*L'Hôpital*, juillet 1927).
- CADENAT : Les dangers de la biopsie dans le cancer de l'utérus (*L'Hôpital*, avril 1930).

- CAHEN et DELPORTE : Contribution à l'étude des épithéliomas cylindriques de l'utérus (*Le cancer*, Bruxelles, 1927, p. 305).
- CHARBONNEL : Discussion sur les néoplasmes du corps de l'utérus (*Soc. d'Ob. et de Gynécol.*, Bordeaux, 8 mai 1928).
- DEGRAIS (P.) : Valeur de la radiumthérapie dans le cancer du corps utérin (*Bulletin Médical*, 22 février 1936, p. 119).
- DEGRAIS et BELLOT : Curiothérapie en Gynécologie (in *Traité pratique de Curiothérapie*, 1938).
- DEMAREZ et BEDRINE : Épithélioma cylindrique sept mois après l'expulsion d'un môle hydatiforme chez une femme de 33 ans (*Bul. Soc. Gynéc. et Obst.*, mai 1938).
- DODERLEIN : Tableaux des résultats de la radiothérapie des cancers utérins donnant la proportion des guérisons après cinq ans obtenues à Munich entre 1913 et 1929 (*Strahlentherapie*, Berlin, 29 juin 1930).
- DONALDSON (M.) : Curiothérapie dans les cancers du corps : indication et technique (*Tr. M. soc.*, London, mars 1935).
- DOUAY (E.) : Hystérogaphie avec lipiodol pour le diagnostic du cancer du corps utérin (*Gynécologie*, juillet 1937, p. 413).
- DRIESSEN : L'extirpation clinique de l'utérus dans le cancer du corps (*Zentralb. f. gyn.*, Leipzig, janvier 1927, p. 272).
- DUCUING : Toute femme qui saigne après la ménopause a un cancer utérin (*Bul. Soc. Obst. et Gynécol. de Paris*, t. XXI, octobre 1932, p. 607).
- DUVAL (J. F.) : Cancer primitif du corps de l'utérus (*Thèse Paris*, 1928, n° 216).
- EYMER : Résultats de la radiothérapie des cancers de l'utérus (*Strahlentherapie*, Berlin, 3 mai 1933).
- FAURE et SIREDEY : *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* (4^e édition, Doin).
- FAURE (J.-L.) : Les méfaits du curettage utérin dans le cancer du corps de l'utérus (*Presse Médicale*, 24 mai 1930, p. 705). — Discussion sur ces méfaits (*Bul. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, juillet 1928, p. 451).
- FLECHTER-SHAW : Des hémorragies pendant et après la ménopause (*British Médical journ.*, 19 juin 1926).
- FORGUE et MASSABUAU : *Nouveau Traité de chirurgie de DELBET* (3^e édition gyn.).
- GAL (F.) : Développement des méthodes radiothérapiques pendant les vingt dernières années (*Strahlentherapie*, Berlin, mai 1935, p. 231).
- GASNE (M^{lle}) : Les états précancéreux de la muqueuse du corps de l'utérus (*Thèse Paris*, 1932, n° 631).
- GIBERT (P.) et SALOMON : Radiothérapie du cancer du corps utérin (*Strahlentherapie*, juillet 1935, p. 31).
- GOLD (M^{lle}) : Contributions à l'étude du cancer du corps de l'utérus (*Thèse Paris*, 1929, n° 381).
- GONTALLIER : Métrorragies ovariennes après la ménopause (*Thèse Paris*, 1931, n° 321).

- GOSSET et WALLON : La mortalité de la curiethérapie dans les cancers utérins. Comment la combattre (*Arch. élect. médicale*, juillet 1934).
- GRÉGOIRE, BECLERE et DARBOIS : Examen radiologique de l'utérus et de ses annexes. Technique, résultats (*Journal de chirurgie*, juin 1926, p. 688).
- HAMANT et VICHARD : A propos du traitement du cancer du corps utérin (*Bul. Soc. Obst. et Gynéc.*, novembre 1934). — Thérapeutique du cancer du corps utérin (*Bul. Soc. Obst. et Gynéc.*, juin 1935).
- HAUPT : Les résultats du traitement du cancer de l'utérus à la clinique gynécologique de Bonn (*Strahlentherapie*, Berlin, 14 juin 1932).
- HEALY et CUTLER : Radiation et traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus d'après 100 cas du Memorial Hospital de New-York (*American Journ. Obst. and Gyn.*, avril 1930, p. 457).
- HEALY (W. P.) : Traitement du cancer du corps de l'utérus par les radiations (*American journ. Obs. and Gyn.*, juin 1934).
- HELD : Contribution à la curiethérapie des cancers du corps utérin (*Gyn. et Obst.*, Paris, septembre 1934, p. 250).
- HEYMANN : Traitement radiologique ou opératoire du cancer du corps de l'utérus (*Strahlentherapie*, Berlin, 1928). — Notre expérience au Radiumhemmet sur le traitement du cancer du corps de l'utérus (*Acta radiologica*, Stockholm, 1926, vol. 6). — La Radiothérapie dans le Carcinome de l'utérus (*Acta Obst. et Gyn.*, Scandinavia, 1934, n° 4). — Traitement radiologique postopératoire du cancer du corps de l'utérus. Technique employée au Radiumhemmet (*Acta radiologica*, 1937, p. 93).
- HERVÉ : Comment s'impose cliniquement le cancer du corps de l'utérus (*Thèse Lyon*, 1929, n° 50).
- HURDON et CHAMBERS : Le traitement du carcinome du corps utérin par les radiations (*Proceed. Royal Soc. of Med.*, London, avril 1933).
- JACQUES : Contribution à l'étude du cancer du corps utérin (*Thèse Lille*, 1929-30).
- KAMINKER : Sur le traitement du cancer du corps utérin (*Wien. Klin. Woch.*, 28 août 1931, p. 1107). — Chirurgie et radium dans le carcinome de l'utérus et des ovaires (*Arch. Gynéc.*, Berlin, 1932, n° 4, p. 147).
- KILGORE (A. R.) : Traitement du cancer du corps de l'utérus (*Surg. Gyn. et Obst.*, février 1936, p. 412).
- KOENIG (R.) : Valeur du curettage explorateur dans le diagnostic du cancer du corps (*Schweiz. Med. Wchuch*, 11 mai 1935, p. 427).
- LABORDE (M^{lle}) et LIBERSON : Récidives des épithéliomas utérins (*Bull. Assoc. Franc. Pour l'étude du cancer*, juin 1937, p. 504).
- LACASSAGNE : Idées actuelles sur la curiethérapie des cancers (*Monde Médical*, 1^{er}-15 juin 1932, p. 694). — Idées directrices et principes techniques actuels de la curiethérapie des cancers à l'Institut du radium à Paris (*VII^e Congrès Societa Italiana di Radiologica et Médica*, Naples, octobre 1926). — Résultats de la radiothérapie des adéno-épithéliomes de l'utérus (*Arch. de l'Institut du radium radioph. et radioth.*, 1931).

- LADREY (F.) et DRUGMAN : Coexistence d'un épithélioma glandulaire et d'un chorio-épithéliome (*Bull. Assoc. Franç. pour l'étude du cancer*, février 1935, p. 129).
- LAENNEC (T.) : Cancer du corps de l'utérus : diagnostic précoce par l'hystérogaphie (*J. de Med.*, avril 1937).
- LAFFITTE (H.) : Cancer du corps utérin. Hystérectomie vaginale sous-épidurale (*Prat. Méd. Franç.*, janvier 1935, p. 30).
- LECENE et LERICHE : Thérapeutique chirurgicale.
- LECLERC (G.) : Cancer du corps de l'utérus. Diagnostic par l'exploration intra-utérine (*Presse Médicale*, 20 juin 1934, p. 993).
- LECLERC (F.) : Diagnostic du cancer du corps utérin (*Lyon Méd.*, 1934).
- LENCZOWSKI : Cancer de l'utérus : formation de nodules épithéliaux (*Polska. Gaz. Lek.*, 4 décembre 1938, p. 1002).
- LEO : De la biopsie dans le cancer du corps utérin (*Bull. et Mém. de la Société des chirurgiens de Paris*, 2 novembre 1928, n° 15, p. 768).
- LEROUX (R.) et MILLOT (J.-L.) : Épithélioma endocervical (*Bull. Assoc. Franç. pour l'étude du cancer*, février 1936).
- LÉVY (D. M.) : Technique de thérapeutique par le radium (*Gyn. Ned.*, juillet 1938).
- LUZUY : Hystérectomie vaginale. Étude de ses indications et technique (*Thèse Paris*, 1931).
- MARTA (A.) : Cancer du corps : étude clinique et statistiques (*Ann. d'Ost. e gynec.*, 31 octobre 1936, p. 536).
- MATHEY (R.), CORNAT et VILLAR : Radiothérapie pour récidives vaginales d'un épithélioma un an après opération de Wertheim (*Bull. et Mem. soc. radiologie méd. de France*, mai 1936, p. 488).
- MAYER : La réhabilitation du radium préopératoire dans le carcinome utérin (*Wien. klin. Wochr.*, 20 octobre 1933).
- MOMIGLIANO (E.) : Radium postopératoire. Statistique des résultats obtenus (*Ann. di ost. e gynec.*, 31 décembre 1934, p. 1807).
- MONDOR : Cancer du corps de l'utérus (*Pratique Médicale française*, 1934).
- MOULONGUET : Les diagnostics anatomocliniques de P. Lecène (*Appareil génital de la femme*, t. II, 1932).
- MOULONGUET et GASNE : Diagnostic anatomopathologique entre les hyperplasies et les néoplasmes de la muqueuse utérine. Applications à la clinique gynécologique (*Annales d'anat. pathol.*, 5 juillet 1934, p. 736).
- MORAN : Adéno-carcinome de l'utérus. La place de la radiothérapie dans son traitement (*Journ. of cancer Research comitee*, Sydney, 1^{er} février 1930).
- NEIL : Traitement du cancer du corps de l'utérus (*Améric. journ. of Röntg. and Radioth.*, octobre 1930).
- NORDMEYER (K.) : Thérapeutique du cancer du corps de l'utérus : chirurgie ou radium (*Zentralbl. f. Gynäk.*, 15 juin 1935, p. 1415).
- NORMIS (C. C.) et DUNNE (F. S.) : Cancer du corps : 279 cas avec résultats éloignés (*J. Obst. et Gynec.*, décembre 1936, p. 982).

- OSTROIL : Les résultats de la radiumthérapie des cancers utérins (*Gazette Médicale de France*, janvier 1932, p. 145, supp.).
- PAPIN (F.) : Cancer du corps de l'utérus (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 juin 1935, p. 499).
- PAUCHET : Danger de la biopsie : la perforation utérine (*Bull. et Mém. de la Société des chirurgiens de Paris*, 2 novembre 1928, n° 14).
- PETIT-DUTAILLIS : Hémorragies génitales postménopausiques (*Presse Médicale*, 20 août 1930, p. 1127).
- PICARD : Les métrorragies à l'âge de la ménopause (*Thèse Paris*, 1934).
- PONTHUS et RACOUCHOT : Métastases dans les nodules vaginaux et supra-claviculaires dans l'épithélioma utérin (*Lyon Médical*, 19 janvier 1936).
- POZZI : Traitement du cancer du corps de l'utérus en dehors de la grossesse (*Thèse Paris*, 1887-88).
- QUÉNU (J.) et BECLERE (Cl.) : Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, novembre 1933).
- RAHAUSEN JIMENEZ (A.) et MELLA VELOSO : Complications du radium (*Bull. Soc. Chinela de obst. y gynec.*, avril 1938, p. 166).
- REILES et FOBES : Complications de la curiethérapie (*Revue française de Gynec. et Obst.*, novembre 1936, p. 921).
- ROSENSTEIN : Importance diagnostique de l'examen histologique après un curettage et sa valeur quant aux indications thérapeutiques (*Strasbourg Médical*, août 1933, n° 22, p. 537).
- SAMSON (L.), BERGER et LARUE (L.) : Métastase abdominale d'un épithélioma utérin (*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux universitaires de Québec*, février 1935, p. 50).
- SAUVAGE (R.), WALLON (E.) et SIMON (R.) : Radium et chirurgie combinés. Résultats dans 25 cas (*Presse Médicale*, 23 juin 1937, p. 936).
- SENEQUE : Le cancer du col restant après hystérectomie sub-totale (*Presse Médicale*, 11 juillet 1931).
- SOLOMON : Traitement radiothérapique des accidents postménopausiques (*Journ. méd. franç.*, mars 1928, p. 107).
- STOECKEL : Statistiques dans le cancer utérin (*Handbuch der gynécologie*, 1931).
- TAILHEFER : Les cancers de l'utérus et leur traitement (*Revue Médicale française*, novembre 1930, n° 8).
- TESSON : Le cancer primitif du corps utérin (*Thèse Paris*, 1902).
- TIETZE et MAYER : Hémorragies chez les femmes de plus de 50 ans (*La Gynécologie*, avril 1932).
- TIXIER et POLLOSSON : A propos du cancer du corps utérin, étude clinique et statistique (*Lyon Chirurgical*, janvier 1931, p. 94).
- TIXIER, POLLOSSON et GOUILLOU : Le cancer du corps utérin (*Presse Médicale*, n° 90, novembre 1930, p. 1522).
- TODOROFF (M^{lle}) : Cancer de l'utérus traité par l'hystérectomie restreinte, complétée par la radiumthérapie (*Thèse Paris*, 1913, n° 21).
- VALLAT : Épithélioma primitif du corps de l'utérus (*Thèse Paris*, 1888).
- VANVERTS : Traitement du cancer du corps utérin par hystérectomie abdominale subtotale (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 435).

VIOLET : A propos du diagnostic et du traitement du cancer du corps utérin (*La Gynécologie*, novembre 1931, p. 664). — Sur le diagnostic du cancer du corps utérin (*Lyon Médical*, février 1933). — Cancer du corps utérin et hystérectomie vaginale (*Lyon Médical*, janvier 1935).

WARD : Les complications de la radiumthérapie en gynécologie (*American journ. and gyn.*, janvier 1933).

WEBER, STOLZ et REEB : Chorio-épithéliome malin après accouchement (*Strasbourg Médical*, 25 mars 1938, p. 101).

WIGSENBECK : Pathogénie du cancer du corps utérin (*Nederl tidj. v. geneesk*, octobre 1937, p. 4926).

WOLTZ : La radiothérapie du carcinome du corps de l'utérus (*Strahlentherapie*, 14 novembre 1934).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique	13
Diagnostic du cancer du corps de l'utérus.	15
Diagnostic différentiel	17
Diagnostic du cancer du corps par hystérographie et par curettage biopsique	21
Traitement.	26
Traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus	37
Observations	46
Conclusion	62
Bibliographie	64

